



**Liebe Leserinnen und Leser,**

obwohl das Jahr 2020 noch recht jung ist, haben Bund und Land bereits erste und für die kommunale Ebene sehr bedeutsame Weichenstellungen auf den Weg gebracht. An erster Stelle ist sicherlich der Kommunale Finanzausgleich zu nennen, dessen Neuordnung in Form eines Referentenentwurfs kürzlich vom Kabinett in erster Lesung beschlossen wurde. Über die Inhalte und Auswirkungen des Regierungsentwurfs und die Bewertung durch den Vorstand des SHLKT werden wir sie in den kommenden Tagen ausführlich informieren.

Doch bei all den Diskussionen über die Reform des Kommunalen Finanzausgleichs darf nicht aus dem Blick geraten, dass auch andere Gesetzesvorhaben mit ganz erheblichen Auswirkungen auf die kommunale Ebene zur Entscheidung anstehen. Von erheblicher Tragweite für die Kreise ist insbesondere der Referentenentwurf des Bundesgesundheitsministeriums zur Reform der Notfallversorgung. Obwohl der Anfang dieses Jahres vorgelegte Referentenentwurf sowohl in seiner Zielsetzung als auch in einzelnen Elementen durchaus zu begrüßen ist, sieht er sich massiver Kritik ausgesetzt. Und das nicht zu Unrecht. Denn der Entwurf würde in seiner derzeitigen Form u. a. zu einem weiteren Auseinanderfallen von Zuständigkeiten einerseits und Finanzierungsverantwortung andererseits sowie zu höheren Kosten auf Landes- oder Kreisebene führen, ohne dass damit eine bessere Versorgung der Patienten verbunden wäre. Kurz gesagt: Mit dem Entwurf therapiert das Bundesgesundheitsministeriums den falschen Patient und schwächt die Strukturen, die in den letzten Jahren die Notfallversorgung in Schleswig-Holstein aufrechterhalten haben. Die Inhalte und Auswirkungen des Gesetzentwurfs wird Ihnen Frau Nina Rahder, Leiterin des Fachbereichs „Sicherheit, Gesundheit, Veterinärwesen“ im Kreis Nordfriesland, in einem Gastbeitrag vorstellen.

Als Geschäftsstelle haben wir gegenüber dem hiesigen Ministerium für Soziales, Gesundheit, Jugend, Familie und Senioren ausführlich Stellung bezogen. Über den Deutschen Landkreistag und als Partner im Bündnis „Rettet den Rettungsdienst!“ werden wir uns weiterhin für eine Reform der Notfallversorgung einsetzen, sofern es nicht nur darum geht, die Gestaltungsfreiheit der Kommunen zu beschränken und die Kommunen mit zusätzlichen Kosten erheblich zu belasten. Denn erste Priorität bei der Notfallversorgung muss zweifellos die optimale Versorgung der Hilfesuchenden haben.

Der schon in Kürze erscheinende nächste Newsletter wird sich dann ausführlich der Reform des kommunalen Finanzausgleichs widmen.

Herzlichst Ihr,

Sönke Schulz

**Inhalt**

Editorial . . . . . 1

Referentenentwurf des  
Bundesgesundheitsministeriums  
zur Reform der Notfallversorgung  
– Die Behandlung des falschen  
Patienten . . . . . 2

Kurznachrichten . . . . . 6

Termine . . . . . 6

# REFERENTENTWURF DES BUNDESGESUNDHEITSMINISTERIUMS ZUR REFORM DER NOTFALLVERSORGUNG – DIE BEHANDLUNG DES FALSCHEN PATIENTEN

VON NINA RAHDER

Die Notfallversorgung in der Bundesrepublik Deutschland hat Probleme. Man liest es, hört es und spricht regelmäßig darüber – in Lokalzeitungen ebenso wie in überregionalen Politikmagazinen, in Reportagen in Radio und Fernsehen, in Ausschusssitzungen und Kreistagen und sicherlich auch hin und wieder im privaten Rahmen.

Es gibt wohl kaum jemanden, der nicht schon einmal in irgendeiner Konstellation darüber Klagen gehört oder selbst geführt hat, dass man trotz aller Dringlichkeit beim Arzt keinen Termin bekäme, und dass es überhaupt zu wenige Ärzte insbesondere auf dem Lande gäbe. Sicherlich hat man auch schon von Bekannten oder Nachbarn gehört, dass man beim nächtlichen Anruf beim hausärztlichen Notdienst nicht ernst genommen und auf den nächsten Tag vertröstet worden sei. Am Ende habe man dann doch den Rettungsdienst rufen müssen, der sei dann wenigstens auch gekommen. Und viele haben sicherlich auch schon den nahezu klassischen Fall selbst erlebt oder aus dem Kreise der Bekannten und Verwandten zur Kenntnis erhalten, man habe mit dem vor Schmerz und Angst stöhnenden Sprössling mit Verdacht auf einen Armbruch nach einem Spielunfall stundenlang in der überfüllten Notaufnahme gewartet, weil diese durch andere Hilfesuchende, die aber eindeutig nur Bagatellfälle gewesen seien, heillos überlastet gewesen wäre.

Was in der überspitzten Beschreibung vielleicht eher ironisch klingt, ist es in Wahrheit nicht. Das Problem offenbart sich nämlich in Betrachtung all der oben genannten „Einzelfälle“. Das Problem unserer Notfallversorgung in Deutschland hat auch einen Namen: Sektorentrennung im Gesundheitswesen.

Diesem Problem will der Bundesgesundheitsminister nun mutig mit einer auf Behebung des sektoralen Missstandes gerichteten Reform der Notfallversorgung entgegenzutreten. Es ist ein richtiges und wichtiges Anliegen mit einem erstrebenswerten Ziel. Doch leider behandelt die angestrebte Reform neben den echten auch einen falschen Patienten, dem durch die unsachgemäße Behandlung nun Gefahr droht – den Rettungsdienst.

## NOTDIENST, NOTARZTDIENST, RETTUNGSDIENST, HAUSÄRZTLICHER NOTDIENST... IST DAS NICHT ALLES DASSELBE?

Die Zuständigkeiten in der Notfallversorgung werden von vielen Patienten zu Recht als verwirrend empfunden. Allein der Begriff „Notfallversorgung“ ist erklärungsbe-

dürftig, denn wer definiert das und entscheidet am Ende, ob es ein Notfall oder eine Bagatelle ist?

Dafür kann man zunächst einmal ins Gesetz blicken. So definiert das Schleswig-Holsteinische Rettungsdienstgesetz in § 2 Absatz 1 den Notfallpatienten als Person, die sich in unmittelbarer Lebensgefahr befindet und daher unverzüglich notfallmedizinisch versorgt werden muss oder eine Person, bei der eine signifikante Verschlechterung des Gesundheitszustandes zu erwarten ist, wenn sie nicht unverzüglich notfallmedizinisch versorgt wird.

Das Problem ist, dass kaum ein Bürger, der sich des Nachts in objektiver oder zumindest subjektiver gesundheitlicher Not befindet, zunächst im Gesetzbuch nachschlagen wird, ob er jetzt ein Fall für die Notfallrettung ist oder doch „nur“ für den hausärztlichen Notdienst, welcher dann nicht unter „112“, sondern unter „116 117“ anzurufen wäre. Wie soll der Bürger außerdem, ohne selbst Arzt zu sein, erraten können, ob die Brustschmerzen vielleicht nur vom schlimmen Husten kommen, und ein Besuch in der Hausarztpraxis am nächsten Tag ausreicht, oder ob es vielleicht doch ein Herzinfarkt ist.

Was für den Rettungsdienst oder den Arzt in der Notaufnahme eine Bagatelle ist, kann für dem Patienten ein als echt empfundener Notfall sein. Er möchte untersucht und behandelt werden und zwar dann, wann er es für notwendig hält. Das ist verständlich und führt dazu, dass sich der Patient den Weg dorthin sucht, wo er am schnellsten Hilfe für sein Anliegen erwartet – und das



Quelle: Kreis Nordfriesland

muss nicht unbedingt der für ihn geeignete bzw. „richtige“ Sektor des Gesundheitswesens sein.

Wer am späten Abend mehrfach erfolglos versucht, über den hausärztlichen Notdienst einen Hausbesuch zu erhalten, wird ggf. irgendwann das Heft des Handelns selbst in die Hand nehmen und die nächste Notaufnahme aufsuchen, weil er weiß, dass man ihn dort nicht abweisen kann und darf. Oder, wenn er nicht fahren kann oder will, wird er irgendwann, wenn ihm seine Not zu groß wird, auch versucht sein, die „112“ zu rufen. Inzwischen, so wird berichtet, kennen die Patienten schon die Stichworte, die die Rettungsleitstelle veranlassen wird, einen Rettungswagen zu schicken. Auch wenn sich die „Schmerzen in der Brust“ am Ende doch nur als Muskelkater vom starken Husten herausstellen.

Und so kommt es, dass tatsächlich vermehrt Bagatellfälle die Notaufnahmen und durchaus auch den Rettungsdienst belasten.

## **KOOPERATION DER SEKTOREN DES GESUNDHEITSWESENS IN DER NOTFALLVERSORGUNG ALS ZIEL DER REFORM**

Die Idee, die Sektoren gerade in der Notfallversorgung stärker kooperieren zu lassen, ist, wie gesagt, sinnvoll und gleichzeitig extrem kompliziert. Das liegt an den verschiedenen Zuständigkeiten für die unterschiedlichen Sektoren.

Zuständig für die stationäre Notfallversorgung sind die Länder mit ihren Krankenhäusern. Für die ambulante Notfallversorgung einschließlich des hausärztlichen Notdienstes und des Betriebes der Rufnummer 116 117 sind es die Kassenärztlichen Vereinigungen der Länder.

Zuständig für den Rettungsdienst und den Betrieb der in der Regel integrierten Rettungsleitstellen für Rettungsdienst, Feuerwehr und Katastrophenschutz sind die Länder, die diese Aufgabe beispielsweise in Schleswig-Holstein auf die Kreise und kreisfreien Städte als pflichtete Selbstverwaltungsaufgabe übertragen haben.

Dazwischen hängt dann noch der Bund mit der Zuständigkeit über die gesetzliche Krankenversicherung nach SGB V, über das wiederum die Krankenkassen verpflichtet werden, die Kosten der medizinischen Versorgung zu tragen. Zumindest gilt das für alle Leistungen, die im SGB V entsprechend definiert sind. Der Rettungsdienst taucht im SGB V derzeit unter „Transportkosten“ auf, ansonsten ist er - da als Teil der Gefahrenabwehr Ländersache - nicht weiter vorgesehen.

Der Bund hat nur die Möglichkeit, über Änderungen des SGB V in die Strukturen einzugreifen und diese zu gestalten. Der Referentenentwurf zur Notfallversorgung versucht nun genau das, in dem er grob zusammengefasst folgende zentrale Veränderungen im SGB V vornehmen will:

## **BILDUNG VON INTEGRIERTEN NOTFALLZENTREN (INZ)**

Der Referentenentwurf sieht die Bildung von sog. INZ vor. Dabei handelt es sich im Wesentlichen um eine Weiterentwicklung von teilweise schon vorhandenen sog. Portalpraxen. Diese sind dadurch gekennzeichnet, dass der hausärztliche Notdienst der Kassenärztlichen Vereinigung in der Zentralen Notaufnahme des Krankenhauses gemeinsam mit dieser eine Anlaufpraxis betreibt. Der Patient durchläuft eine einheitlich gestaltete Ersteinschätzung, danach wird er je nach Art seiner Erkrankung entweder im INZ oder in der Notaufnahme des Krankenhauses weiter behandelt. Vorgesehen ist dafür die Verwendung eines wissenschaftlich fundierten Ersteinschätzungsverfahrens. Auf diese Weise soll verhindert werden, dass Patienten, die eigentlich nur einer hausärztlichen Behandlung bedürfen, die hochwertigen Ressourcen der Notaufnahmen und der stationären Versorgung in Krankenhäusern belasten.

## **GEMEINSAMES NOTFALLEITSYSTEM (GNL)**

Die derzeit von den Kassenärztlichen Vereinigungen verantwortete und wenig bekannte Rufnummer 116 117 und die von den Rettungsleitstellen verantwortete und weit bekanntere Notrufnummer 112 sollen künftig zusammen in einem sog. Gemeinsamen Notfallsystem (GNL) tatsächlich oder zumindest virtuell zusammenarbeiten. Es soll keine Rolle mehr spielen, welche Nummer der Hilfesuchende wählt. Die ersten Fragen, die in der Telefonzentrale der Kassenärztlichen Vereinigung (116 117) und der Rettungsleitstelle (112) gestellt werden, sollen offenbaren, welchem weiteren Behandlungspfad der Hilfesuchende zugeordnet werden muss. Je nach Art seines Notfalls wird er dann der Notfallrettung oder dem hausärztlichen Notdienst zugeordnet. Ermöglicht werden soll das über ein gemeinsames Ersteinschätzungsverfahren, das auch die notwendigen Schnittstellen besitzt, um den Hilfeersuchenden samt seines Datensatzes ohne Verzögerung in den jeweils zuständigen Teil der GNL weiterzuleiten.

## **AUFNAHME DES RETTUNGSDIENSTES ALS EIGENSTÄNDIGE LEISTUNG IN DAS SGB V**

Der Rettungsdienst soll als eigenständige Leistung in das SGB V aufgenommen werden. Die Aufnahme des Rettungsdienstes bezieht sich dabei allerdings ausschließlich auf die medizinische Leistung, die am Patienten erbracht wird. Andere Leistungsbereiche, die stärker dem Bereich der Gefahrenabwehr zugeordnet werden, bleiben außen vor.

Die Veränderungen sollen den Rettungsdienst einerseits dahingehend anerkennen, dass er mehr leistet als lediglich einen Transport, nämlich eine hochwertige präklinische Behandlung und Versorgung. Andererseits soll der Rettungsdienst entlastet werden, indem durch die GNL

Bagatellfälle früher erkannt und dem Rettungsdienst nicht mehr zugeordnet werden.

## **DAS KLINGT DOCH ALLES SUPER... WO IST DAS PROBLEM?**

Das Problem – oder in diesem Fall der Teufel – steckt wie oft in den Details.

Der wesentlichste Punkt dabei ist die Aufnahme des Rettungsdienstes als eigene Leistung in das SGB V. Dadurch wird, insbesondere wenn man sich genauer mit der Gesetzesbegründung befasst, eine tiefgreifende Veränderung in der Finanzierung vorgenommen und wesentliche Teile der Finanzierung, die heute über die Krankenkassen abgewickelt werden, auf die Länder und nachfolgend die Kreise und kreisfreien Städte als Leistungserbringer verlagert.

In Schleswig-Holstein gilt heute über das Rettungsdienstgesetz die sog. Verhandlungslösung. Träger des Rettungsdienstes und Krankenkassen verhandeln über die notwendigen Kosten des (gesamten) Rettungsdienstes, die Kosten werden dann über Benutzungsentgelte vollständig von den Krankenkassen getragen. Das umfasst nicht nur die rein medizinische Leistung am Patienten, sondern auch die erforderlichen Investitionen (z. B. für die erforderlichen Rettungswachen und die Ausstattung) sowie für sämtliche Vorhaltekosten für Material und Personal, die mit der Durchführung des Rettungsdienst untrennbar verbunden sind.

Es gilt bei der Verhandlungslösung der Grundsatz der Sparsamkeit und Wirtschaftlichkeit. Leistungen der Gefahrenabwehr wie die Anteile der Rettungsleitstellen für Feuerwehr und Katastrophenschutz sind ebenso wie sonstige Vorhaltungen der Gefahrenabwehr nicht Bestandteil der notwendigen Kosten des Rettungsdienstes und werden mithin auch nicht in die Benutzungsentgelte eingerechnet. Die heute praktizierte Verhandlungslö-

sung eröffnet den Krankenkassen weitreichende Mitwirkungs- und Gestaltungsmöglichkeiten, die unabhängig von landesgesetzlichen Veränderungen in der Praxis der vergangenen Jahre auch immer weiter ausgebaut wurden. Die Krankenkassen nehmen heute selbstverständlich und regelmäßig an gemeinsamen Arbeitsgruppen mit den Trägern teil, sie können sich aktiv insbesondere an der Entwicklung landesweit einheitlicher Konzepte beteiligen. Kommt es zu unterschiedlichen Auffassungen über die Wirtschaftlichkeit, steht Krankenkassen ebenso wie Trägern der Weg über die Schiedsstelle und das Verwaltungsgericht offen.

Dieses Prinzip würde durch die Gesetzesänderung nun fundamental geändert. Wenn die Leistung am Patienten eine Leistung des SGB V ist, wären die Kosten dafür fortan nicht mehr allein zwischen Rettungsdienstträgern (Leistungserbringern) und Krankenkassen vor Ort verhandelt. Vielmehr würden auf Bundesebene die wesentlichen Weichen gestellt, die dann in den Ländern weiter zu verhandeln wären. Außerdem würden wesentliche Bestandteile nicht mehr zu den Kosten des Rettungsdienstes gehören. Dazu zählen Investitionen und Vorhaltekosten ebenso wie explizit die Kosten für die Abwicklung größerer Notfallereignisse, die der Gesetzesentwurf als Teil der allgemeinen Gefahrenabwehr betrachtet.

Die Kosten für alles, was nicht medizinische Leistung ist, wären mithin zukünftig von den Ländern zu tragen, die dann ihrerseits wieder mit den Kreisen und kreisfreien Städten als Leistungserbringer über die Verteilung der Finanzmittel verhandeln müsste.

Bedenkt man, dass der Rettungsdienst gerade im ländlichen Raum ein System ist, das im Wesentlichen auf der Vorhaltung beruht, dann wird schnell deutlich, wo das hakt:

Dort, wo es viele Einsätze auf kleinem Raum gibt, d. h. viel Leistung am Patienten erbracht wird, wird die Finanzierung über die medizinische Leistung vielleicht gerade



Quelle: Kreis Nordfriesland

noch gelingen. Klar gesagt: Insbesondere in größeren Städten wäre es vielleicht gerade noch zu verkraften. Im ländlichen Raum aber, wo wenig Einsätze gefahren werden, aber viel Fläche abzudecken ist, würden die Kreise bzw. das Land auf ihren Kosten sitzen bleiben. Deutlich schwerer als die größeren Städte würde den ländlichen Raum auch die Herausnahme der größeren Notfallereignisse aus der Refinanzierung über die Krankenkassen treffen. Dort, wo auf großer Fläche nur wenige Rettungsmittel vorhanden sind, ist es nicht möglich, beispielsweise einen Busunfall mit 20 Verletzten ohne Rückgriff auf zusätzliche Strukturen allein mit dem Regelrettungsdienst abzuwickeln. Gleichwohl sind alle Verletzte solche, die einer adäquaten rettungsdienstlichen Versorgung bedürfen. Es muss also eine entsprechende Vorhaltung für einen solchen Fall, auch wenn er zum Glück selten eintritt, betrieben und finanziert werden.

Spätestens hier wird offensichtlich, dass die Autoren des Referentenentwurfes das Prinzip des Rettungsdienstes nicht verstanden haben - oder vielleicht zu gut. Denn die Regelung begünstigt einseitig die Krankenkassen, die auf diese Weise zukünftig den größten Teil der Kosten des Rettungsdienstes nicht mehr zu tragen hätten. Er belastet massiv die Länder, die einspringen müssten, wenn sie den heutigen Standard des Rettungsdienstes erhalten wollen. Und dort, wo das Geld des Landes dafür nicht ausreicht, wären die Kreise und kreisfreien Städte die Ausfallbürgen. Letztlich können sich selbst die Gemeinden nicht sicher sein, nicht auch noch in die Pflicht genommen zu werden. Ist nämlich das größere Schadensereignis fortan nicht mehr Teil des Rettungsdienstes, sondern Teil der allgemeinen Gefahrenabwehr, darf und wird die Frage gestattet sein müssen, ob dann die Zuständigkeit nicht fortan auch dort liegt, wo sie nun einmal für die allgemeine Gefahrenabwehr liegt - bei den örtlichen Ordnungsbehörden der Gemeinden.

## **DAS PROBLEM OHNE LÖSUNG**

Wenn es um die Gesundheit geht, darf es nicht darum gehen, nur über die Kosten zu sprechen. Wir müssen über die Patienten sprechen und darüber, dass sie die für sie richtige und notwendige Hilfe und Behandlung erhalten. Richtig ist sicherlich, dass hier alle Sektoren stärker als bisher zusammenarbeiten sollen und müssen. Schleswig-Holstein ist hier schon auf einem guten Weg, insbesondere mit Blick auf die Zusammenarbeit der Rettungsleitstellen und der Telefonzentrale der Kassenärztlichen Vereinigung (116 117) in Bad Segeberg. Auch die Schaffung von INZ, auch wenn sie möglicherweise eine starke Veränderung in der Krankenhauslandschaft zur Folge haben könnte, kann ein guter Schritt in die Zukunft sein.

Außer Acht gelassen wird jedoch bei alledem, dass es heute neben den Notaufnahmen der Krankenhäuser der Rettungsdienst ist, der die einzige wirklich verlässliche Komponente darstellt. Wer dort Hilfe sucht, wird sie erhalten. Der Rettungsdienst übernimmt Einsätze, und zwar

manchmal auch solche, die vielleicht nicht nötig wären. Der Rettungsdienst kommt zum Patienten, weil er dazu gesetzlich verpflichtet ist. Auch wenn es vielleicht nicht redlich ist, vor anderen Türen zu kehren, muss dabei dann auch der Hinweis gestattet sein, dass bei weniger mobilen Patienten das Problem auch noch in der Struktur der hausärztlichen Notfallversorgung liegt: Die Bereitschaftsärzte des fahrenden hausärztlichen Notdienstes entscheiden immer nur nach eigenem Ermessen, ob sie sich zum Patienten bemühen oder es lieber sein lassen, weil die Praxen in zwei Stunden sowieso wieder öffnen. Das ist es, was den Rettungsdienst ebenfalls belastet, und keine der vorgesehenen Änderungen wird daran etwas ändern. Vielmehr wird sich das Problem sogar eher verschärfen, da sich unsere Gesellschaft demographisch verändert. Vereinsamung, geriatrische Erkrankungen, Einschränkungen in der Mobilität gerade bei den älteren Menschen, die tendenziell häufiger medizinische Hilfe benötigen, fordern hier ein Umdenken bei den Verantwortlichen.

Statt hier die Hand an den Rettungsdienst zu legen, wäre zu fordern, den fahrenden hausärztlichen Notdienst verlässlicher zu gestalten, um den Patienten nicht letztlich dazu zu „zwingen“, vielleicht sogar wider besseren Wissens in seiner subjektiv empfundenen Not den Rettungsdienst zu rufen. Leider enthält der Gesetzesentwurf hierzu keine Lösung und nicht einmal den Ansatz einer Idee dafür.

## **WAS IST ZU TUN?**

Es ist zu befürchten, dass durch eine Reform der Notfallversorgung mit dem Referentenentwurf keine Verbesserungen oder Entlastungen für den Rettungsdienst erreicht werden können, da das Reformvorhaben im Wesentlichen nur die Finanzierung neu regelt und andere, insbesondere die guten Ansätze gar nicht weiter verfolgt. Es ist zu wünschen, dass die Länder erkennen, welche schwerwiegenden finanziellen und letztlich auch praktischen Belastungen ihnen drohen, und dass sie dem Vorhaben entsprechend nachdrücklich entgegenzutreten. Zu lösen wäre das Problem einfach. Man möge den Rettungsdienst weiter als „Transportkosten“ im SGB V führen, auch wenn der Begriff angesichts der tatsächlichen Leistung, die der Rettungsdienst erbringt, despektierlich erscheinen mag. Bei Betrachtung der gravierenden Konsequenzen einer Aufnahme der notfallmedizinischen Leistung in das SGB V wird man sicherlich auf eine solche „Anerkennung“ mit gutem Gewissen verzichten können.

Wichtig ist es, den Rettungsdienst als verlässliche aufsuchende notfallmedizinische Komponente zu erhalten. Da ist der eine oder andere Fehleinsatz durchaus zu verkraften. Solange der Rettungsdienst seine Qualität bewahren und sein Sicherheitsniveau halten kann, solange der Rettungsdienst einfach kommt, ist das und allein das im Sinne des Patienten.

## Kreise bereiten sich auf Kitareform vor

In einer Klausurtagung haben die Kita-Fachleute der Kreise die Umsetzung der Kita-Reform ab dem 01.08.2020 vorbereitet. In konstruktiver Arbeitsatmosphäre haben die Teilnehmer zahlreiche Fragen identifiziert, die bis zum Inkrafttreten des Gesetzes noch mit der Landesregierung und unter den örtlichen Jugendhilfeträgern geklärt werden müssen. Außerdem konnten sie bei einer Verständigung auf ein gemeinsames Vorgehen der Kreise erhebliche Fortschritte erzielen. Bei der Klausurtagung sei es darum gegangen, unabhängig von der juristischen und politischen Bewertung der Reform durch den SHLKT ein gemeinsames Verständnis von der Umsetzung der Reform zu erarbeiten, so Dr. Johannes Reimann aus der Geschäftsstelle des SHLKT, der die Tagung begleitete.

In seinen Begrüßungsworten hob der gastgebende Landrat des Kreises Schleswig-Flensburg, Dr. Wolfgang Buschmann, hervor, dass die Neuordnung des Kita-Rechts in Schleswig-Holstein zum 01.08.2020 weit über Finanzierungsfragen hinausgehe und eine vollständige inhaltliche Neuausrichtung der Kita-Landschaft in Schleswig-Holstein zur Folge habe; auch den Kreisen würden in diesem Zusammenhang neue Aufgaben zufallen.

## Bundesweiter Digitaltag am 19.06.2020

Am 19. Juni 2020 findet der erste bundesweite Digitaltag statt. Der Initiative „Digital für alle“ haben sich 24 verschiedene Organisationen aus allen gesellschaftlichen Bereichen angeschlossen, neben dem Deutschen Landkreistag u.a. der Deutsche Städtetag, der Verband kommunaler Unternehmen, der Zentralverband des Deutschen Handwerks und der Olympische Sportbund. Um Digitalisierung in ihren unterschiedlichen Aspekten zu zeigen und zu diskutieren, hat die Initiative das Aktionsprogramm „Digitaltag“ gestartet, der zukünftig jährlich stattfinden soll und eine Möglichkeit zum Austausch, Erwerb von digitalen Kompetenzen und aktiver Beschäftigung mit Digitalisierung bieten soll. Um die Vernetzung zwischen den Akteuren zu befördern, sollen unter <https://digitaltag.eu/aktionen> auf einer interaktiven Deutschlandkarte Veranstaltungen zum Digitaltag abgebildet und vorgestellt werden. Projekte können unter <https://digitaltag.eu/aktion-anmelden> angemeldet werden. Der Schleswig-Holsteinische Landkreistag wird sich am Digitaltag beteiligen - voraussichtlich mit weiteren Partnern im Haus der Kommunalen Selbstverwaltung. Wir werben für weitere eigene kommunale Beiträge.

## MÄRZ

**09.03.**

Kreispräsidententreffen

**12.03.**

Vorstandssitzung

**16.03.**

ARGE-Vollsitzung

**17.03.**

Wirtschafts- und Verkehrsausschuss

**17.03.**

Bau- und Umweltausschuss

**18.03**

Sozial-, Gesundheits- und Verbraucherschutzsausschuss

**24.03.**

Schul-, Jugend- Sport- und Kulturausschuss

**25.03.**

Landräterunde

**26.03**

Innen-, Rechts- und Europaausschuss

**Alle Termine für 2020 finden Sie unter:**

**[www.sh-landkreistag.de/aktuelles/termine/](http://www.sh-landkreistag.de/aktuelles/termine/)**



**Bringen Sie die Zukunft auf die Straßen**

mit unseren Ladelösungen für E-Autos

Powered by **e-on** Drive

Ladesäulen und Wallboxen unter: [www.hansewerk.com/ladeloesungen](http://www.hansewerk.com/ladeloesungen)

**Hanse Werk**